



Trabajo Final Integrador para la Obtención de la Especialidad en Medicina
Legal

**Eutanasia o Distanasia como alternativas para pacientes
terminales en las Unidades de Terapia Intensiva.**

Autora: Glenda Bourquin

Director de Tesis: Dr Pimpinella

Año 2019



RESUMEN

Objetivos

Investigar la opinión de los médicos de Terapia Intensiva de distintos nosocomios de la Ciudad de Santa Fe acerca de la eutanasia y distanasia como posibles alternativas para la atención de sus pacientes terminales.

Método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo a través de encuestas. La población estudiada fueron los médicos de las Unidades de Terapia Intensiva de pacientes adultos de distintas Instituciones en actividad durante los meses de marzo y abril del año 2017.

Las preguntas tienen tres niveles de respuesta (De acuerdo/ Parcialmente de acuerdo/ En desacuerdo). El total de encuestas realizadas fueron de 34 con 10 preguntas a responder.

Se realizó una distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas estudiadas y se confeccionaron tablas y gráficos.

Resultados

Los profesionales se manifestaron en desacuerdo (65,75%) con la eutanasia activa solo por índice pronóstico y el 100% con la distanasia.

Estuvieron de acuerdo en los siguientes porcentajes: 67,65 % con que la ley permita por voluntad del paciente la eutanasia activa; el 85,29% con la eutanasia pasiva y 50% con la interrupción de un tratamiento que provoque el sufrimiento pero que mejore la calidad de vida. De acuerdo en un 79,41% con el derecho del paciente a decidir forma y momento de su muerte, 76,47% con tener en cuenta la opinión de la familia sobre las medidas de soporte, 85,29% en caso de estado vegetativo con retirar

todas las medidas de soporte vital si la familia lo solicitara y 79,41% con la redacción de voluntades anticipadas. Hubo unanimidad en suspender las medidas extraordinarias para sí mismo o para un familiar en estado terminal.

Conclusión

Hay gran tendencia de profesionales de acuerdo con la eutanasia activa y pasiva cuando lo solicite el paciente, existe alto porcentaje en contra de la eutanasia activa solo por decisión médica. Se mostraron a favor del retiro de medidas de soporte vital por voluntad familiar, en caso del paciente en estado vegetativo y de la redacción de Voluntades anticipadas. Acerca de la distanasia hay desacuerdo por unanimidad.

Palabras clave. Eutanasia, distanasia, muerte digna

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	2
INDICE DE TABLAS.....	5
INDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS.....	6
OBJETIVOS:	7
INTRODUCCION	8
<i>La muerte a través de la historia</i>	8
<i>La ciencia y la prolongación de la vida</i>	10
<i>Terminología importante</i>	12
<i>Paciente Terminal en la Unidad de Terapia Intensiva</i>	17
<i>Conceptos relativos a la Unidad de Terapia Intensiva</i>	19
<i>Bioética Médica</i>	20
<i>Acerca de la Ley 26742 “Ley de Muerte Digna” (se adjunta completa en anexos)</i>	21
JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	23
MATERIALES Y MÉTODOS	25
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIÓN	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXOS.....	40
<i>CUESTIONARIO</i>	41
<i>NOTA DE PEDIDO DE AUTORIZACION A LOS DIRECTORES MEDICOS</i>	43
<i>LEY 26.742</i>	44

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Resultados de las 10 preguntas a 34 médicos de Terapia Intensiva encuestados.....	26
---	----

INDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

FIGURAS

1. Muerte y vida, de Gustav Klimt.....12
2. Eutanasia y Suicidio asistido legal en el mundo.....15
3. Unidad de Terapia Intensiva.....18

GRÁFICOS

1. Gráfico de caja de las variables de edad por sexo.....27
2. Acerca de la Eutanasia Activa por decisión del médico.....29
3. Acerca de Eutanasia Activa por manifestación de la voluntad del paciente.....29
4. Acerca de la Distanasia.....30
5. Acerca de la Eutanasia Pasiva.....30
6. Acerca del retiro de terapéuticas médicas por sufrimiento del paciente terminal.....31
7. Acerca de la Voluntad del paciente respecto al momento y forma de morir.....31
8. Acerca de la opinión de la familia sobre el nivel de medidas a adoptar.....32
9. Limitación al esfuerzo terapéutico cuando se tratara de sí mismo o de un familiar en estado terminal.....33
10. Acerca del respaldo de la Ley para el retiro de todas las medidas de soporte vital por voluntad familiar, en caso del paciente en estado vegetativo.....33
11. Acerca de la necesidad de redacción de voluntades anticipadas.....34

OBJETIVOS:

Pregunta de investigación

¿Serían la Eutanasia o Distanasia alternativas a considerar por los médicos tratantes de las Unidades de Terapia Intensiva en el caso de pacientes terminales si la Ley así lo permitiese?

Objetivo General

Investigar la opinión de los médicos intensivistas para aportar argumentos al debate legislativo y educativo acerca de la muerte digna.

Objetivo específico

Conocer cuál sería el accionar médico frente al paciente terminal sin estar condicionados por la ley vigente (ley 26742).

Identificar más a fondo las motivaciones, formación ética y compromiso moral de quienes forman parte de la Comunidad Médica de la ciudad de Santa Fe respecto a la muerte digna.

INTRODUCCION

“La muerte es un castigo para algunos, para otros un regalo, y para muchos un favor.”

Séneca

La muerte a través de la historia

La actitud ante la muerte tiene su propia historia. Empezó el día en que los seres humanos fueron conscientes de su extinción. Las diversas culturas alrededor del mundo se han preguntado acerca de la muerte, cuál es el sentido de la misma y qué sucede con la conciencia de la persona después de que la vida se extingue de su cuerpo. La idea de la muerte propiamente dicha es una idea sin contenido, o, si se quiere, cuyo contenido es el vacío del infinito. Es la más vaga de las ideas vacías, pues, su contenido no es sino lo impensable, lo inexplorable. La idea de la muerte es traumática por excelencia.

Es interesante una rápida revisión del pensamiento sobre la muerte y la actitud que ante ella ha tenido el hombre a lo largo del tiempo en algunas culturas.

El hombre de Neardenthal (60 a 90 mil años) es considerado el primer homo sapiens que ha dejado testimonios de su espiritualidad y ejemplo de ello lo tenemos en las sepulturas. En estos enterramientos se ha podido observar el cuidado con que se disponía el suelo (cubriéndolo con cantos rodados), el cadáver (en posición encogida) y las ofrendas. Estas últimas, prueban la creencia en una vida de ultratumba que requería la ayuda de los vivos. Parece ser que la muerte era una realidad que no podía pasar inadvertida para estos hombres del paleolítico dotados cada vez de mayor conciencia.

Los antiguos egipcios fueron "los más religiosos de todos los hombres", morían preocupados por su comparecencia ante el tribunal de Osiris con el alegato de su justificación bien aprendido. Rendían culto a las almas de los muertos. Procuraban que sus cuerpos no fuesen destruidos o sus imágenes se perpetuaran en la piedra. Esto explica el rito de los embalsamamientos por ellos practicados. La profusión de momias y estatuas lo comprueba. Así, los antiguos egipcios, aún después de morir, se resistían a abandonar los espacios vitales de la naturaleza y de lo divino.

Los griegos anteriores a Sócrates (470-399 a.C) y Platón (427-348 a.C) creían que el alma sobrevive a la muerte. Por ejemplo, Pitágoras (570-480 a.C), el famoso matemático del siglo VI a.C, sostenía que el alma es inmortal y que transmigra. Antes de él, Tales de Mileto (625-547 a.C), el más antiguo filósofo griego conocido, alegó que poseían alma inmortal no sólo los hombres, los animales y las plantas, sino también objetos tales como los imanes, ya que estos pueden mover el hierro.

Los cristianos aseguran que la muerte es el estipendio y la paga del pecado. Así consta en el libro del Génesis y San Pablo lo confirma y recuerda en casi todas sus epístolas. Jesucristo destruía la muerte con la muerte: "Yo soy la resurrección y la vida, quien cree en mí aunque hubiere muerto vivirá; y todo aquel que vive y cree en mí no morirá jamás". En los tiempos heroicos del cristianismo morían los fieles gozosamente, con la alegría del viajero que sabe de antemano que le aguarda la felicidad al término de su viaje. Nada les causaba temor; ni las incomodidades del trayecto, ni el dolor físico de la jornada. Antes al contrario, eran méritos y trabajos santificantes.

Durante la Edad Media, la muerte era un acontecimiento público, reconocido, anunciado y aceptado por la persona. Siendo un símbolo de igualdad frente a la enorme diferenciación social existente en la época. La muerte contenía en sí misma otras ideas, como aquella que defendía que la importancia de lo terrenal no era más que algo transitorio. A esta idea se le unía la de la fugacidad de la vida y cómo el tiempo hacía mella en el cuerpo y la belleza, acabando con ellos, convirtiéndolos en cadáveres. Hay autores que atribuyen un cambio de concepción hacia la muerte en el siglo XIV, coincidiendo con la crisis demográfica que supuso en el Occidente Europeo la aparición de la Peste Negra de 1348. El cambio que se produjo hacia la época medieval consistió en la adquisición de una mayor sensibilidad hacia la muerte individual. El hombre experimentaba en la muerte una de las grandes leyes de la especie y no procuraba ni escapar de ella ni exaltarla. Simplemente la aceptaba con la justa solemnidad.

En la Edad Moderna, la muerte es concebida como un castigo de Dios por el Pecado Original de desobediencia en el Paraíso. Se acepta que el momento más importante en la vida de una persona es el momento justo de su muerte porque es en ese instante en el que se decide si su alma irá al Cielo o al Infierno para toda la eternidad.

Por el contrario, en el mundo contemporáneo en la cultura Occidental lo deseable es morir durante el sueño o de forma súbita, sin advertirlo. Uno de los principales problemas ante la muerte es la angustia ante un misterio que somos incapaces de desentrañar ya que sabemos de ella por la de los demás y no por experiencia propia. Siempre es el “otro” el que muere. Esta angustia es común a todos los tiempos, pueblos y culturas, y pone en movimiento toda una serie de mecanismos de defensa, creencias y ritos que intenten paliarla. La muerte es una continua amenaza en la vida de cualquier persona, aunque no la nombremos, aunque tratemos de ignorarla, aunque vivamos como si el instante final de nuestras vidas nunca fuese a ocurrir. El hombre está incómodo con la idea de que algo de su existencia escape a su control. Necesita dominar cuanto le rodea para seguir considerándose el ser vivo que impera en el universo, aun cuando éste mismo sea algo todavía muy desconocido para él.

La ciencia y la prolongación de la vida

La prolongación de la vida nos enfrenta a profundos conflictos con los valores actuales, en los que la mayoría de las sociedades aún no se detuvo a pensar, a pesar de ser un fenómeno con el que una importante parte del mundo se encuentra conviviendo desde hace más de cincuenta años, y que las proyecciones más optimistas vaticinan su extensión y permanencia futura.

A estas alturas podríamos interrogarnos sobre si es un valor de la humanidad la prolongación sin límites de la vida humana. La ciencia ha evolucionado velozmente en los últimos cincuenta años. La esperanza de vida ha aumentado de manera drástica. En el campo de la medicina la primera de las revoluciones acontecidas en los últimos años ha sido la terapéutica. La segunda gran revolución es la referente a la patología molecular con el descubrimiento del código genético, o sea la revolución biológica. Estos dos eventos han marcado el destino de los seres humanos, pero han planteado también nuevas cuestiones morales que ignoraban nuestros antecesores.

La ética es la disciplina filosófica que estudia y sistematiza de forma racional lo que constituye un acto bueno o virtuoso y establece los criterios para las conductas malas evaluando los motivos de estas acciones y sus consecuencias. La revolución biológica impacta a la ética en el sentido de que otorga al hombre la posibilidad de controlar cuestiones como la reproducción o la herencia. La revolución terapéutica también conflictúa a la ética por la aplicación de los avances en el tratamiento, la prolongación de la vida y la experimentación clínica.

Una serie de innovaciones técnicas (la ventilación pulmonar, la reanimación cardiopulmonar, la nutrición artificial entre otras) inaugura en los años '50 y '60 la terapia intensiva, modalidad asistencial que modificó de manera significativa la gestión médica del proceso de morir. Estas innovaciones permitieron mantener órganos vitales por medios tecnológicos, posibilitando así la prolongación artificial de la vida y dando origen a status liminares entre la vida y la muerte. El reconocimiento de la muerte y la búsqueda de signos inequívocos para certificarla, han ido modificándose con el correr del tiempo, centrándose en un problema permanente de la comunidad médica y amoldándose acorde a los avances tecnológicos relacionados con el área de la salud.

En las sociedades de mayor nivel económico nos encontramos con la población de enfermos crónicos y en fase terminal más numerosa de la historia de la humanidad. Muchos de ellos tienen un horizonte de muerte cercano. Constituyen un grupo de personas que experimentan un deterioro físico progresivo con grandes necesidades de atención y de cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Vivimos en una época dominada por la tecnología y la globalización. Actualmente es posible realizar lo que hasta hace algunos años estaba en el terreno de la ciencia ficción. Para el adecuado uso de los espectaculares avances científicos y tecnológicos que aparecen día a día, se requiere de médicos y personal de salud capacitados, pero también con una visión holística del paciente, con un sentido humanista y ético que le permita aplicar sus conocimientos y todos los recursos a su disposición en beneficio del enfermo. La tecnología es un pilar estructural de la actividad médica, pero es una espada de doble filo: beneficia y daña. Los beneficios son claros, los daños son menos reconocidos. Esto es aplicable a los desarrollos tecnológicos que se usan en las Unidades de Terapia Intensiva, que intentan evitar la muerte pero también prolongan la agonía. Ha surgido una nueva obligación, que es la de hacer un buen uso de esos avances, dando prioridad a sus efectos favorables y limitando sus efectos perversos. El médico se enfrenta a esta problemática a diario y también lo hace en relación a la muerte.

Otro dilema que se presenta está en relación a los marcos legales más exigentes para el ejercicio de la profesión y la posibilidad de demandas por mala práctica. Esto hace que el médico en un ejercicio adaptativo, empiece a transitar hacia la medicina defensiva, con la cual aumentan la solicitud de

exámenes de diagnóstico, interconsultas, estancia hospitalaria, consumo de medicamentos y se expone a los pacientes a riesgos innecesarios.

Terminología importante



Fig. 1. Muerte y vida, de Gustav Klimt. Esta obra de 1915 escenifica a un lado la vida, como calidez y protección de unos a otros, y al otro la Muerte acechando envidiosa, tal vez escogiendo a su próxima víctima.

La calificación de muerte no es absoluta, se moverá en una continua calificación entre la peor y la mejor muerte. La idea de la mejor muerte posible se resume en lo que se ha denominado muerte digna.

La **muerte digna** es un derecho individual, una reivindicación que se considera propia de las sociedades actuales. Esta es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. También se la denomina **ortotanasia**. Proviene del griego, orthos significa recto y ajustado a la razón, thanatos significa muerte. La ortotanasia no enfrenta reparos éticos. Tiende a conocer y

respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus circunstancias concretas, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia, ni tampoco prolongar artificialmente la vida con medios improporcionados para caer en el extremo, en distanasia. Engloba todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo. Es el arte de morir bien y humanamente. Tiene como un gran desafío el rescate de la dignidad del ser humano en su proceso final, donde hay un compromiso con la promoción del bienestar de la persona en su fase terminal.

Resulta menester una breve distinción con otros conceptos como son la **eutanasia** y la **distanasia** referidos también al momento de finalizar la vida, pero con diferentes alcances significativos.

El término **eutanasia** proviene del griego: eu (bueno) y thanatos (muerte) y pretende significar buena muerte o bien morir. La Organización Mundial de la Salud la define como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Son características esenciales de la eutanasia ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora. Por los medios empleados, se divide en eutanasia activa (acción deliberada encaminada a dar la muerte) y eutanasia pasiva. En esta última se causa la muerte omitiendo los medios proporcionados necesarios para sostener la vida con el fin de provocar la muerte. En el fondo de estos actos esta la intención de justificar jurídica y éticamente diferentes supuestos para que el personal de salud aplique como si fuera parte de su praxis médica, la muerte del paciente.

El Suicidio Asistido es aquel en el que se le proporciona a una persona, de forma intencionada y con conocimiento, los medios necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción o el suministro de los mismos. Es el paciente, en este caso, el que voluntariamente termina con su vida.

Holanda fue el primer país europeo en legalizar la eutanasia. La ley entró en vigor en 2002, aunque esta práctica era tolerada desde 1993. La ley holandesa considera legal la intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte de un paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable.

Los requisitos son muy estrictos:

- El paciente debe residir en Países Bajos.
- La petición de eutanasia o de ayuda al suicidio debe ser reiterada, voluntaria y producto de la reflexión.
- Los sufrimientos deben ser intolerables y sin perspectivas de mejora.
- El paciente debe haber sido informado de la situación y del pronóstico.
- El médico que vaya a aplicar la eutanasia está obligado a consultar el caso con un colega (o dos en el caso de que el sufrimiento sea psicológico), que tiene que emitir el correspondiente informe.

En la Argentina, la eutanasia está prohibida, pero sí existe la Ley de Muerte Digna (N.º 26742) desde mayo de 2012. Concretamente, según la normativa vigente, los pacientes con enfermedades terminales podrán negarse a recibir procedimientos, cirugías y medidas de soporte vital, cuando "sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría". También podrán rechazar hidratación y alimentación, si el único efecto de estas es la prolongación del tiempo en un estado terminal incurable. Para conseguirlo, basta que el enfermo comunique su decisión al médico. En los casos en los que no sea capaz de comunicarse con el mundo exterior, el derecho de exigir una muerte digna para el paciente pasa a sus familiares o responsables legales. Sin embargo, la ley detalla que cualquiera sea el caso, la negativa no significará la interrupción de acciones destinadas al adecuado control y alivio del sufrimiento del enfermo.

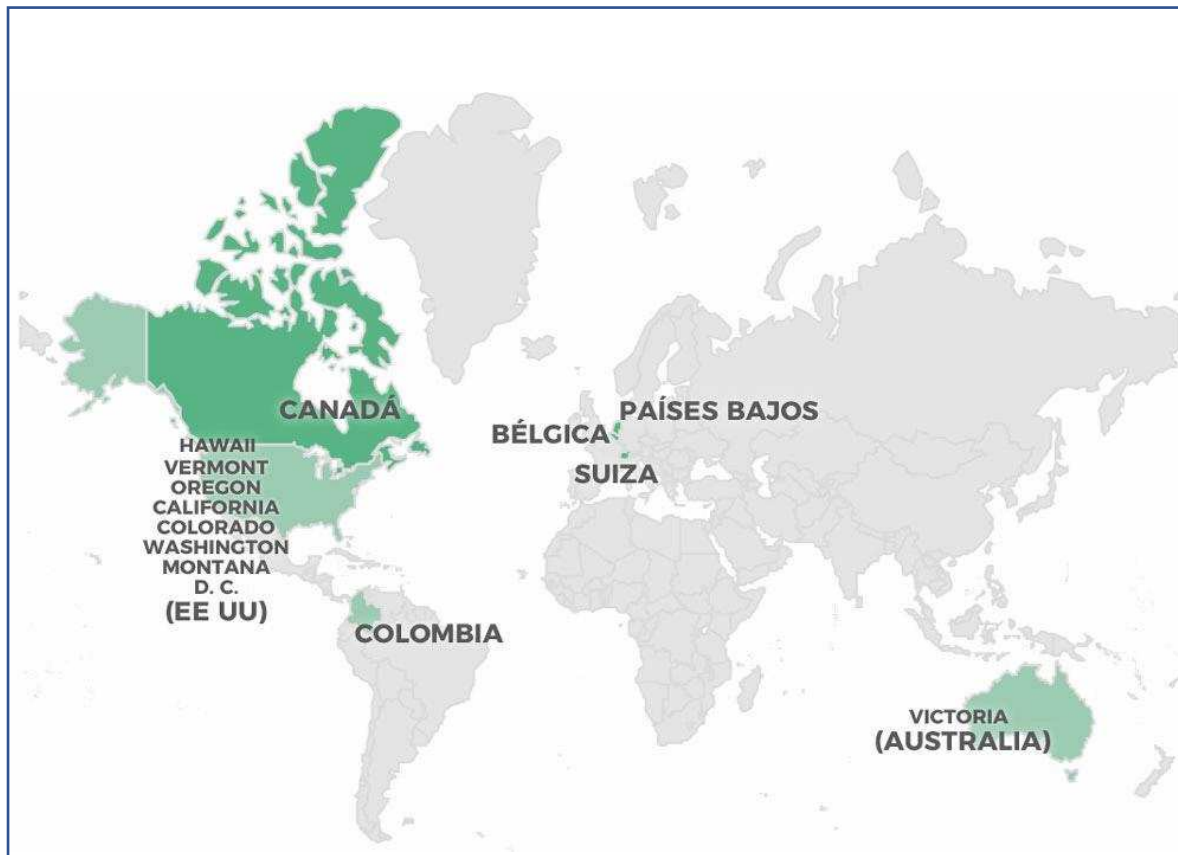


Fig 2. Eutanasia y Suicidio asistido legal en el mundo. La Eutanasia está permitida en Canadá, Colombia, Países Bajos y Bélgica. Es legal el suicidio asistido en Suiza, Australia (un solo estado), Estados Unidos (algunos estados).

La **distanasia** (del griego "dis", mal, algo mal hecho) es, etimológicamente, lo contrario de la eutanasia. Es sinónimo de tratamiento fútil o inútil. Consiste en retrasar la muerte todo lo posible, por todos los medios disponibles, aunque no haya esperanza alguna de curación, y eso signifique infligir al moribundo sufrimientos añadidos a los que ya padece. No logrará esquivar la muerte sino sólo aplazarla horas o días en condiciones lamentables para el enfermo. Tiene como consecuencia una muerte prolongada, lenta y, con frecuencia, acompañada de sufrimiento, dolor y agonía. Se trata de una agresión a la dignidad de esa persona. Es llamada también ensañamiento y encarnizamiento terapéutico, entre otras acepciones, aunque sería más preciso denominarla obstinación terapéutica, que es la aplicación de intervenciones quirúrgicas y/o medidas de resucitación u otros procedimientos no habituales a enfermos terminales, cuyo fallecimiento por inminente y/o consumado se retarda por todos los medios.

Las medidas ordinarias proporcionadas o útiles son aquellas medidas de diagnóstico y tratamiento indicadas para la recuperación o curación de un paciente. En las Unidades de Terapia Intensiva se entiende que la reanimación cardiopulmonar, la ventilación mecánica, los sistemas de depuración extrarrenal, los fármacos vasoactivos, la nutrición artificial, los hemoderivados; etc, son tratamientos de soporte vital.

Las medidas extraordinarias o desproporcionadas, son aquellas que al aplicarlas a un paciente sin posibilidad de recuperación solo consiguen prolongar el proceso de morir y generalmente demandan equipos de alta tecnología, poco abundantes y excesivamente costosos. El uso de terapias ordinarias es en principio éticamente obligatorio, mientras que el de terapias extraordinarias es opcional.

Se entiende por “Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)” a la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en distanasia o sea en el ensañamiento terapéutico.

Este proceso de practicar la limitación al esfuerzo terapéutico es muy frecuente en las Unidades de Terapia Intensiva. Podemos definir LET, como la decisión de retirar o no iniciar un tratamiento (normalmente es relativo a un soporte vital) en un paciente que se considera de “mal pronóstico vital”, dado que su inicio, no va seguido de una mejora significativa de su supervivencia.

Es necesario que los familiares comprendan que interrumpir un tratamiento o no iniciarlo no sea confundido con el término “abandonar” al paciente y que el cambio va a ser orientado al “cuidado paliativo” que ni adelanta, ni retrasa la muerte, por considerarse un acto de vida y la muerte como un proceso normal.

Las **Directivas Médicas Anticipadas** son instrucciones precisas que toda persona capaz deja por escrito sobre qué tipo de cuidados desea recibir o no, cuando no pueda tomar decisiones o expresar

su voluntad. Es una modalidad de ejercicio del derecho del paciente a expresar su voluntad en el proceso sanitario, al formalizarla ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual requiere la presencia de dos testigos. Consiste, entonces, en un consentimiento informado por anticipación.

Toda persona capaz, mayor de edad, puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes

La **Objeción de Conciencia** se presenta cuando un paciente le exige al médico realizar un procedimiento que por razones científicas y/o éticas este considera inadecuado o inaceptable, tiene el derecho de rechazar lo solicitado, si su conciencia considera que este acto se opone a sus convicciones morales. Esto la dispensa de la obligación de asistencia que tiene el médico cuando un paciente le solicitara un procedimiento que él juzga inaceptable por razones éticas o científicas. Este es un derecho que debe asistir al médico en toda su actividad profesional.

Paciente Terminal en la Unidad de Terapia Intensiva

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.



Fig 3. Unidad de Terapia Intensiva

El concepto de **muerte digna** en la Unidad de Terapia Intensiva implica que aunque los médicos pueden renunciar a algunos tratamientos, la atención se puede mejorar cuando se acerca la muerte. Cuando la disfunción de los órganos de una enfermedad crítica desafía al tratamiento, cuando ya no se puedan cumplir los objetivos de la atención, o cuando el soporte vital es probable que resulte en resultados que son incongruentes con los valores de los pacientes, los médicos deben asegurarse de que los pacientes mueran con dignidad. La definición de "**morir con dignidad**" reconoce la calidad intrínseca e incondicional del valor humano, pero también cualidades externas como la comodidad física, la autonomía, la pertinencia, la preparación, y el respeto.

La Organización Mundial de la Salud define a los **cuidados paliativos** como: "un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con una enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y de la impecable evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales". Los cuidados paliativos son esenciales independientemente de si una condición médica es aguda o crónica o si está en una fase temprana o tardía, también pueden extenderse más allá de la muerte del paciente a los dolientes miembros familia.

Conceptos relativos a la Unidad de Terapia Intensiva

Estado vegetativo

Es una condición clínica de falta de conciencia de uno mismo y del medio en la cual el paciente respira espontáneamente, tiene función circulatoria estable y ciclos de cierre y apertura de los ojos que simulan el sueño y el estado de alerta”.

Tres características clínicas definen el estado vegetativo:

- ciclos de apertura y cierre de los ojos.
- ausencia total de conciencia de sí mismo y del medio ambiente.
- preservación completa o parcial de las funciones autonómicas del hipotálamo y del tronco.

Se considera que el estado vegetativo es persistente cuando dura más de un mes, permanente si dura más de 6 meses para las lesiones no traumáticas del cerebro, y un año para las lesiones traumáticas.

Soporte Vital

El soporte vital incluye aquellas medidas que prolongan la vida biológica y, en algunas circunstancias, proporcionan el tiempo necesario para la recuperación de los pacientes pero per se no revierten la enfermedad del paciente.

Lo constituyen procedimientos como las técnicas de circulación asistida, los sistemas de oxigenación extracorpórea, la reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, depuración extrarrenal o la utilización de derivados sanguíneos o sustancias vasoactivas. Sin embargo, de forma casi universal se acepta que en la definición de soporte vital se incluyen también otras medidas aparentemente menos complejas, desde un punto de vista tecnológico, o menos costosas, como ciertos tratamientos farmacológicos, citostáticos, antibióticos y diuréticos, así como la nutrición y la hidratación artificial.

Bioética Médica

El término bioética fue creado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, en el año 1970, a partir del interés creciente por la reflexión y el debate acerca de los valores morales vinculados al ejercicio profesional de las ciencias de la salud, generados a consecuencia del desarrollo científico-técnico creciente. La ética clínica intenta precisar cuáles son las obligaciones del médico con los pacientes y en general con todos los que están inmersos en el sistema sanitario.

Los principios éticos más utilizados en la medicina son proporcionados por la **Teoría de los Principios**, también conocida como Principialismo. Este sistema ético es el más incorporado en la bioética en general por ser compatible con la mayoría de los sistemas de valores que hay en el mundo, ya sean religiosos, éticos o culturales, dándole un carácter pluralista y una amplia aceptación. Tuvo su inicio en el libro Principios de Ética Biomédica de los filósofos Tom L. Beuchamp y James Childress y se basa en cuatro principios. Estos deben ser aplicados sobre un criterio de fondo de respeto por la vida, pero también de aceptación de la inevitabilidad última de la muerte, estos son: la Autonomía, la Beneficencia, la No Maleficencia y la Justicia.

El principio de **Autonomía** tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él. Este principio nos pide ver a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones cuando cuenten con la información necesaria sobre los procedimientos a los que se les va a someter, su propósito, y sus posibles riesgos y beneficios, así como las alternativas que tienen. Así mismo, es importante que tengan presente que pueden hacer cualquier pregunta sobre los procedimientos y que pueden abandonarlos en cualquier momento. A partir de este principio se deriva la práctica del consentimiento informado. En caso de que el paciente no sea competente, las decisiones las debe tomar el representante legal. Estas personas cuya autonomía está disminuida, deben ser objeto de protección. Es el caso de incapaces o pacientes en coma.

El principio de **Beneficencia** consiste en la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo. Se extraen dos reglas generales: No hacer daño (esto luego evolucionó al principio de no maleficencia) y extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El principio de **Justicia** consiste en la imparcialidad en la distribución de cargas y beneficios. Considera la equidad, que lleva a proteger a los más desfavorecidos. El médico, en su práctica habitual, se ve frecuentemente envuelto en los problemas de la asignación de recursos (hacer más o dedicar más tiempo o recursos a un paciente que a otros), teniendo que apelar al principio de justicia implícita o explícitamente.

El principio de **no maleficencia** se refiere a la inocuidad de la medicina (“primum non nocere”). Es importante minimizar las posibles daños a los pacientes. En cualquier acto médico existe el riesgo de hacer un daño. Dada la exigencia de la beneficencia, hay que ponderar siempre este riesgo de daño con el beneficio potencial.

Estos principios en la práctica son una buena herramienta de trabajo para deliberar y llegar a consensos a la hora de tomar decisiones ante los diversos problemas éticos que se plantean en el campo de la salud.

La expresión morir con dignidad, implica que existen muchas maneras de morir, unas más dignas que otras. La muerte con dignidad es uno de los temas más complicados y fascinantes de la ética médica. Sus objetos son el derecho del paciente sobre su cuerpo y la cuestión de si la vida debe preservarse a cualquier costo.

Acerca de la Ley 26742 “Ley de Muerte Digna” (se adjunta completa en anexos)

El 10 de mayo de 2012, el Congreso de la Nación sancionó la Ley 26.742, que modificaba la Ley 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, incorporando el reconocimiento de la "autonomía de la voluntad" de los pacientes. Debemos mencionar que a partir de la sanción “Ley 26742” los pacientes que "padecen una enfermedad irreversible, incurable o terminal o hayan sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación" pueden negarse a recibir procedimientos, cirugías y "medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría". También podrán "rechazar procedimientos de hidratación o

alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable".

La sanción de la norma en el Senado de la Nación se produjo en el marco de un caso que se hizo público en ese momento. Selva Herbón ganó una batalla que terminó entre el alivio y el sufrimiento. Su hija Camila de tres años permaneció en estado vegetativo desde su nacimiento y pudo descansar en paz tras la intensa labor de su madre, quien, con su caso, impulsó en el Congreso el tratamiento y posterior sanción de la ley de Muerte Digna en la Argentina. Pidió a los legisladores que la ley autorice el retiro del soporte vital y le permita una muerte digna.

La ley 26.742 garantiza la formación de un consentimiento informado por parte del paciente y prevé la posibilidad de que en determinados casos esto sea otorgado por los representantes legales del mismo, dependiendo de sus condiciones físicas, médicas y psíquicas. La pregunta diez del cuestionario utilizado en el presente trabajo es acerca de las voluntades anticipadas ya contempladas en la vigente Ley.

La eutanasia y el suicidio asistido no están permitidos en la legislación Argentina.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El número creciente de pacientes caracterizados por pronóstico vital breve, incurabilidad de su enfermedad causal, intenso sufrimiento personal, físico o moral y familiar, en un contexto de atención sanitaria altamente tecnificada, conforman un escenario de la muerte donde, el respeto a la libertad, a las creencias religiosas diversas y a la autonomía de la voluntad de la persona ha de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso de la muerte.

El ordenamiento jurídico debe procurar que todas las personas disfruten de una vida digna y también debe asegurar que todas tengan derecho a una muerte digna. No podemos dejar de observar y constatar que el bien jurídico principal del ser humano es el derecho a la vida. Es un valor fundamental, supremo, personal e intransferible, incorporado como tal en todo ordenamiento jurídico del mundo y de ello deriva que debe respetarse en todos los ámbitos en que pueda verse afectado.

La muerte es una realidad inevitable y no un derecho o una opción, de tal manera que el derecho a morir debe entenderse más bien como el derecho a morir con determinadas condiciones de cuidado. En otras palabras, no se trata estrictamente del derecho a morir, sino del derecho a morir con dignidad, y esto tiene que ver con los tratamientos que las personas reciben al final de su vida, los cuales pueden ser insuficientes, proporcionados, excesivos, o aun encaminados a producir la muerte. Por lo anterior, el derecho a morir con dignidad debería entenderse como el derecho a recibir cuidados adecuados y proporcionados. Es importante que los médicos tengan conciencia de esto.

La muerte digna del enfermo es el objetivo a alcanzar y para eso es necesario comprender que la verdadera enemiga de la medicina no es la muerte sino el período de incapacidad, dolor y sufrimiento que le antecede.

Para la toma de decisiones en la Unidad de Terapia Intensiva juegan un papel fundamental los siguientes elementos: el paciente con su estado de salud, el médico con su conocimiento teórico y pericia

práctica, los objetivos que se procuran alcanzar, la estrategia que se elegirá teniendo en cuenta los medios que dispone el equipo de profesionales, el paciente y su familia.

Las situaciones límite ponen a prueba la capacidad teórica, la experiencia práctica y el coraje del médico. Debe tener en cuenta lo que es mejor para el paciente, la voluntad de los familiares y lo que puede ofrecer con la ciencia y la tecnología disponibles, ahí está el arte de su difícil labor. Tales decisiones poseen importantes implicaciones éticas, pues traspasado cierto límite, la beneficencia que se busca puede transformarse en maleficencia al someter al paciente a un largo, doloroso y costoso proceso de morir.

Dentro de la sociedad hay dos posturas antagónicas, la de aquellos que consideran que la vida es un bien indisponible, por lo que bajo ninguna circunstancia sería éticamente admisible que un profesional de la salud produzca la muerte de su paciente. La otra considera que una persona autónoma tiene derecho a decidir si no quiere seguir viviendo en esas condiciones que considera inaceptables y que es legítimo buscar la ayuda médica necesaria para lograr la muerte; los que piensan así reconocen el derecho a la vida, pero de éste no se desprende que exista un "deber de vivir".

La siguiente investigación pretende descubrir cuál es el pensamiento del profesional actuante en la Unidad de Terapia Intensiva frente al paciente terminal. Las actitudes y opiniones de los médicos, quienes atienden al paciente al final de la vida, son clave para comprender la magnitud del problema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal de tipo cuantitativo.

La población estudiada fueron médicos de las Unidades de Terapia Intensiva de pacientes adultos de las siguientes instituciones de la Ciudad de Santa Fe: Hospital Cullen, Hospital Iturraspe, Sanatorio Santa Fe, Sanatorio San Gerónimo, Sanatorio Mayo, Sanatorio Garay y Sanatorio Diagnóstico en actividad durante los meses de marzo y abril del año 2017. Se presentó nota al Director Médico de cada establecimiento solicitando la debida autorización para la realización de encuestas. Se requirió la colaboración de los médicos indicando no ser necesario identificarse dado el carácter anónimo y confidencial de la investigación.

Los criterios de inclusión fueron entonces los médicos que desarrollaban su actividad en el Área de Terapia Intensiva de cada nosocomio y la voluntad de participar en la investigación.

Las preguntas según la contestación son cerradas. Resultó suficiente analizar tres niveles de respuesta (De acuerdo/ Parcialmente de acuerdo/ En desacuerdo), esto facilitó su posterior interpretación. La muestra estuvo conformada por terapeutas de ambos sexos, entre 27 y 56 años de edad, que accedieron voluntariamente a responder la encuesta. El total de encuestas realizadas fueron de 34 con 10 preguntas a responder.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de Microsoft Excel y se tabularon para su presentación.

Se realizó una distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas estudiadas y se confeccionaron tablas y gráficos.

RESULTADOS

Tabla I. Resultados de las 10 preguntas a 34 médicos de Terapia Intensiva encuestados.

Médicos terapistas	Edad	Sexo	Preg 1	Preg 2	Preg 3	Preg 4	Preg 5	Preg 6	Pre 7	Preg 8	Preg 9	Preg 10
1	42	F	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1
2	31	F	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1
3	31	M	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1
4	38	M	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1
5	56	F	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
6	32	M	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1
7	29	F	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1
8	33	M	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1
9	50	F	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1
10	39	F	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1
11	52	F	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
12	35	F	3	1	3	1	1	2	1	1	1	3
13	41	F	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1
14	38	M	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1
15	36	F	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1
16	40	M	1	1	3	1	3	1	2	1	1	2
17	44	M	3	2	3	2	2	1	1	1	1	3
18	39	M	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1
19	42	M	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1
20	27	F	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
21	31	M	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1
22	47	F	3	1	3	1	1	2	1	1	1	3
23	37	M	1	1	3	1	3	1	2	1	1	2
24	39	M	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1
25	44	M	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1
26	44	F	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1
27	42	M	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1
28	51	F	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1
29	34	M	1	1	3	1	3	1	2	1	1	1
30	35	M	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1
31	34	F	2	1	3	1	2	1	2	1	1	1
32	32	M	1	1	3	1	1	1	1	1	2	3
33	36	M	1	1	3	1	3	1	2	1	1	2
34	46	M	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1

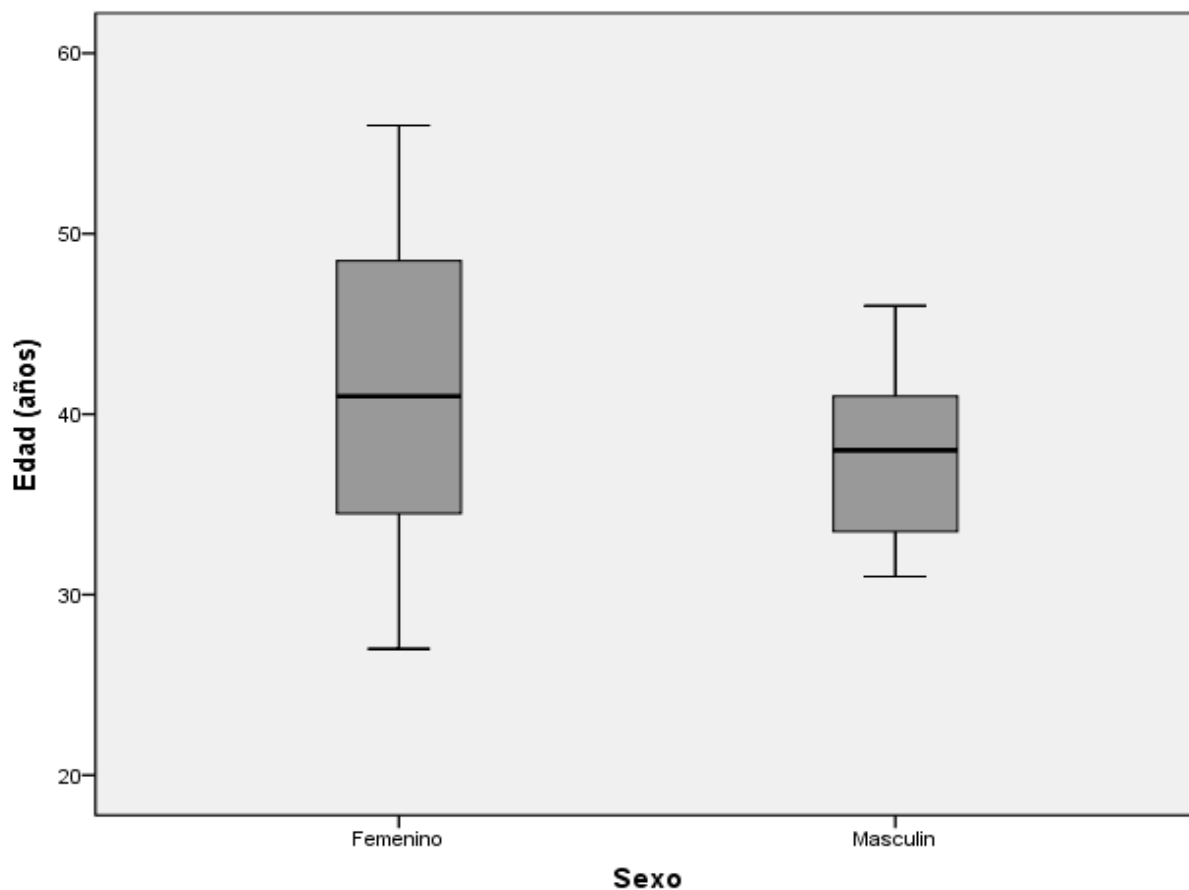


Gráfico 1. Gráfico de caja de las variables de edad por sexo.

Se observa que la edad está más dispersa en el sexo femenino, pero las cajas se superponen. Lo anterior significa que no existen diferencias significativas entre ambos sexos.

Con respecto a la valoración de cada sexo podemos observar que en el femenino la Mediana es de 41 años, siendo el mínimo de 27 y el máximo de 56 años. El rango intercuartil se ubica en 14. En los hombres la Mediana es de 38, el mínimo 31 y el máximo en 46 años. El rango intercuartil en el sexo masculino es de 8.

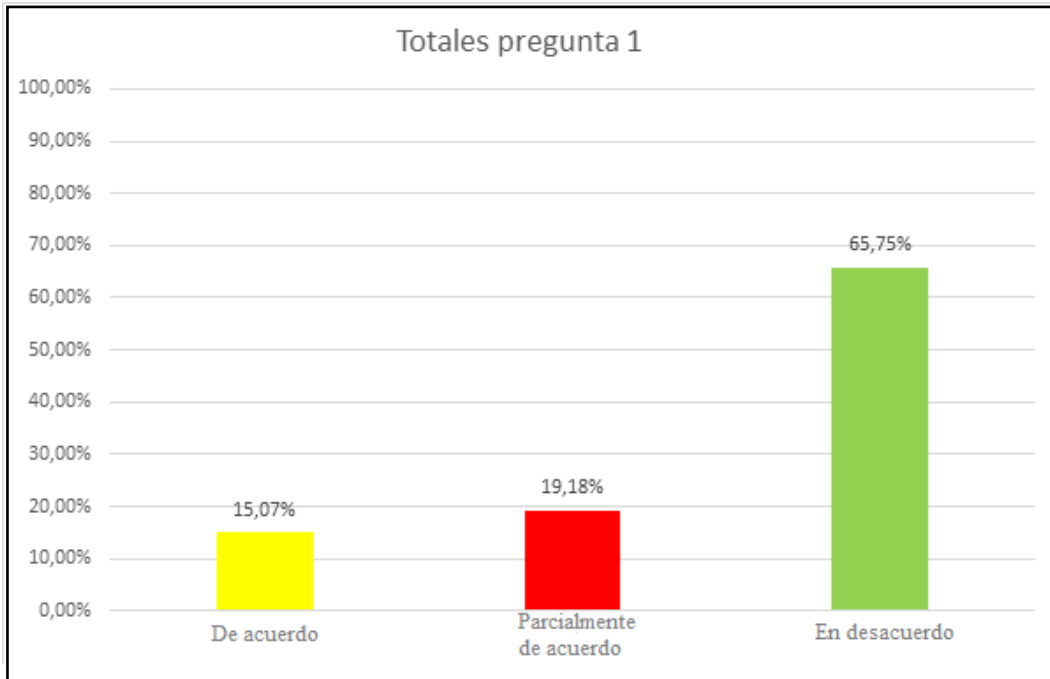


Grafico 2. Acerca de la Eutanasia Activa por decisión del médico.

Puede verse que la mayoría de los encuestados, un 65,75% se encuentra en desacuerdo con realizar un procedimiento o administrar fármacos (que logren suprimir la función cardiorespiratoria y encefálica para facilitar la muerte sin dolor) . Por otro lado hay un porcentaje del 15,07% que está de acuerdo y el 19,18% que está parcialmente de acuerdo.

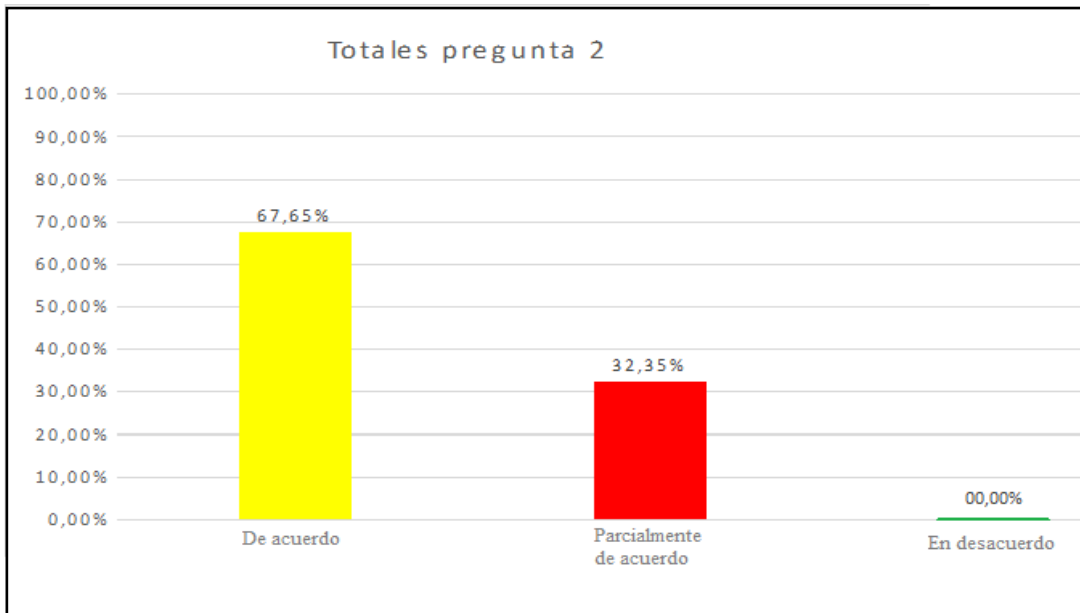


Gráfico 3. Acerca de Eutanasia Activa por manifestación de la voluntad del paciente

Frente a la solicitud del paciente sobre dar fin a su vida y sufrimiento se observa en este gráfico que el 67,65 % de los encuestados está de acuerdo con que la ley lo permitiese, seguido de un 32,35 % que se encuentra parcialmente en desacuerdo. Ningún encuestado estuvo en total desacuerdo.

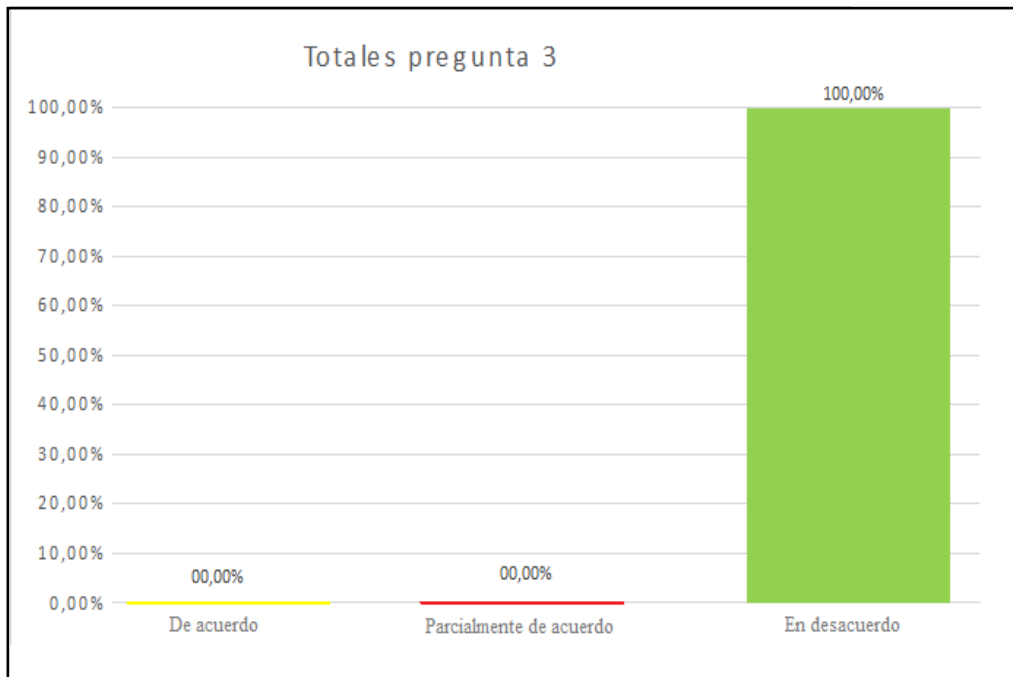


Gráfico 4. Acerca de la Distanasia.

Todos los encuestados; es decir, el 100 % están totalmente en desacuerdo con la prolongación de la vida del paciente por todos los medios (medidas de reanimación y soportes extraordinarios) cuando no exista esperanza de curación.

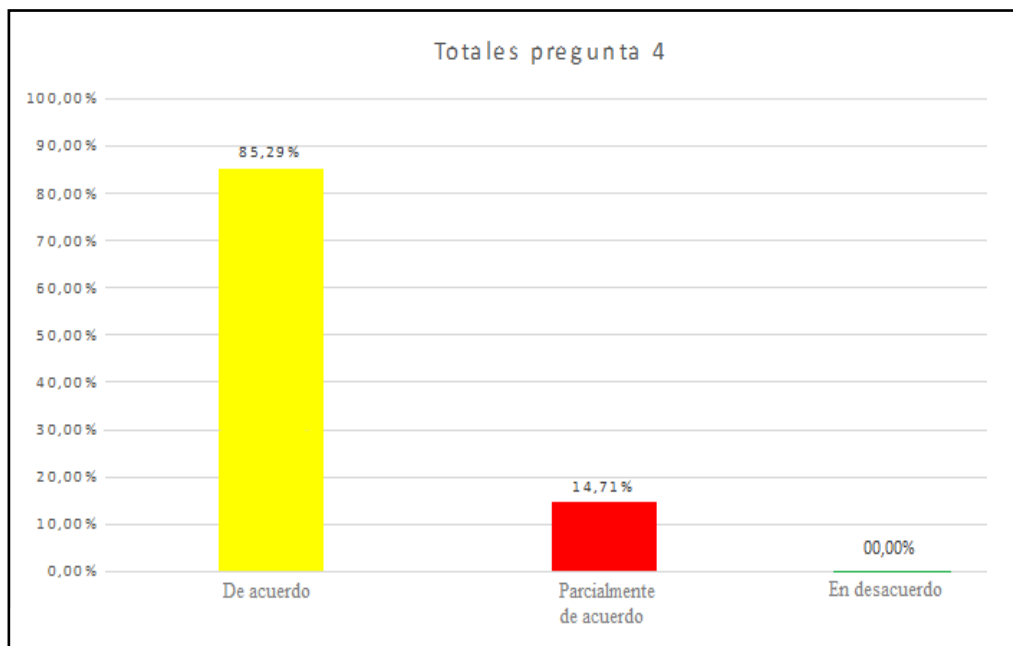


Gráfico 5. Acerca de la Eutanasia Pasiva

Si se pregunta sobre la práctica de eutanasia pasiva (aquella por la que se precipita la muerte mediante la abstención de efectuar actos médicos necesarios para la continuación de la vida) el 85,29% de los encuestados está de acuerdo con abstenerse a efectuar actos médicos y el 14,71% se manifestó parcialmente de acuerdo con esta pregunta. Ningún encuestado estuvo en desacuerdo.

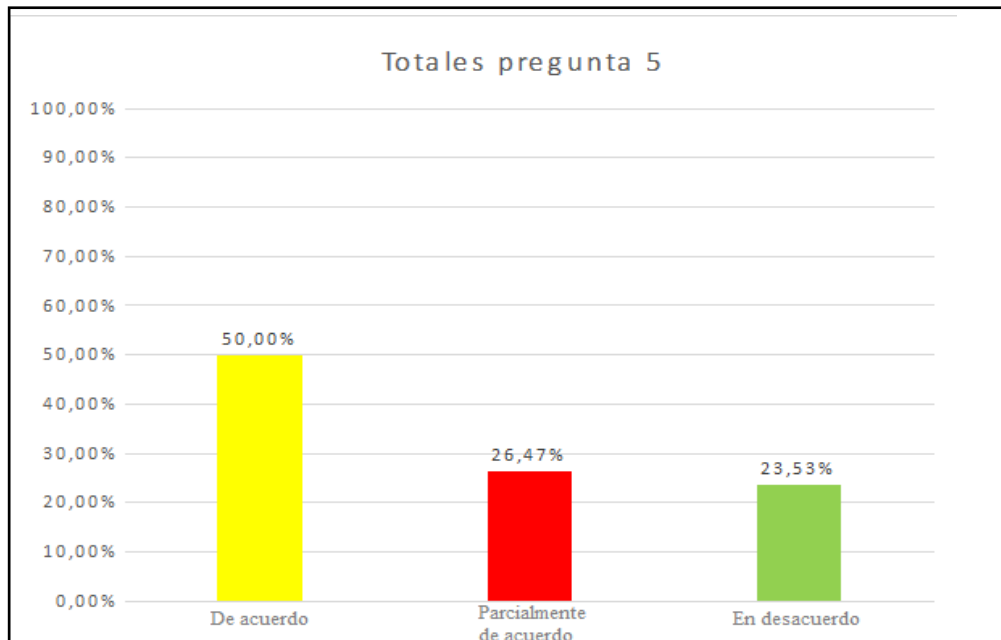


Gráfico 6. Acerca del retiro de terapéuticas médicas por sufrimiento del paciente terminal.

El 50% de los médicos estuvo de acuerdo con la interrupción del tratamiento que provoque el sufrimiento pero que mejore la calidad de vida. El 23,53% consideró que no lo interrumpiría. Un 26,47% está parcialmente de acuerdo con esta pregunta.

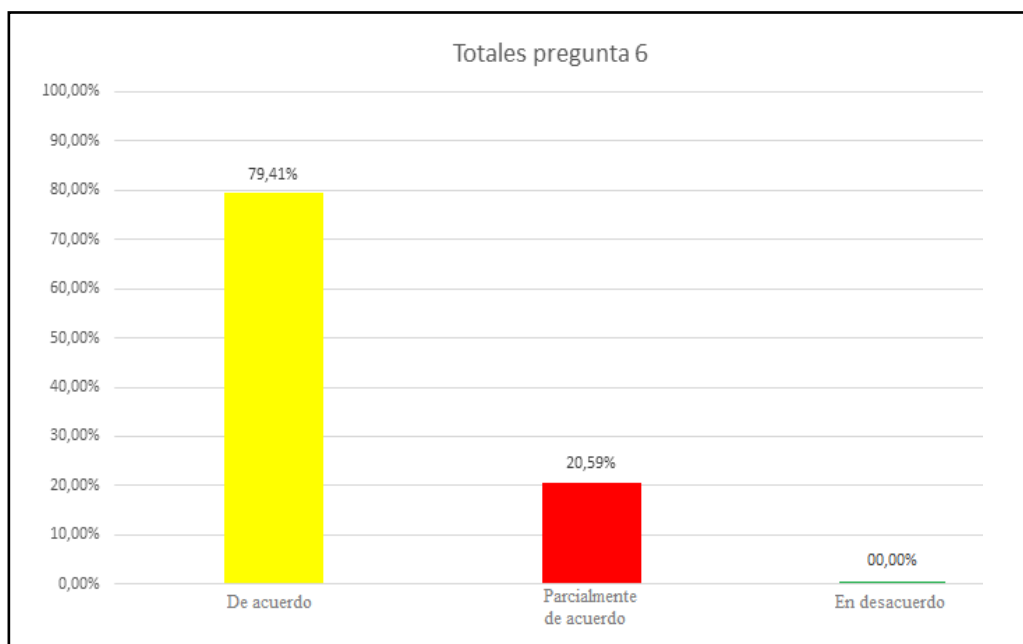


Gráfico 7. Acerca de la Voluntad del paciente respecto al momento y forma de morir.

En relación a esta pregunta el 79,41% de los médicos se manifestaron de acuerdo con el derecho del paciente a decidir la forma y el momento de su muerte. El 20,59% estuvo parcialmente de acuerdo. Nadie se manifestó en desacuerdo.

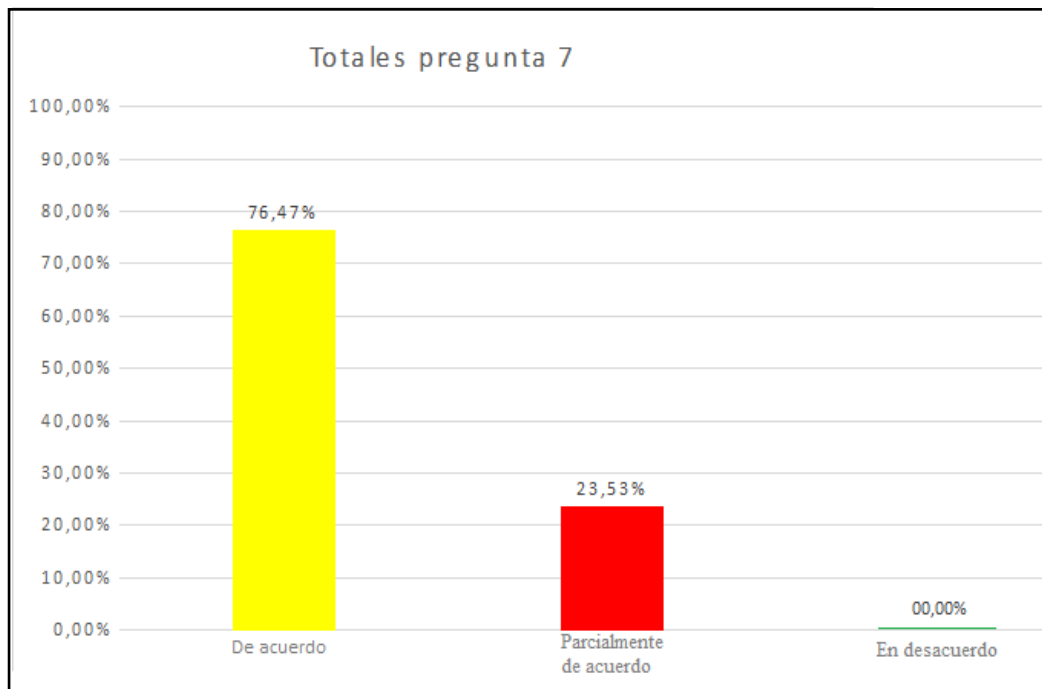


Gráfico 8. Acerca de la opinión de la familia sobre el nivel de medidas a adoptar.

De los encuestados la mayoría (76,47%) respondió estar de acuerdo con tener en cuenta la opinión de la familia del paciente sobre el nivel de medidas de soporte. El 23,53 % se manifestó parcialmente de acuerdo. Ningún encuestado estuvo en desacuerdo.

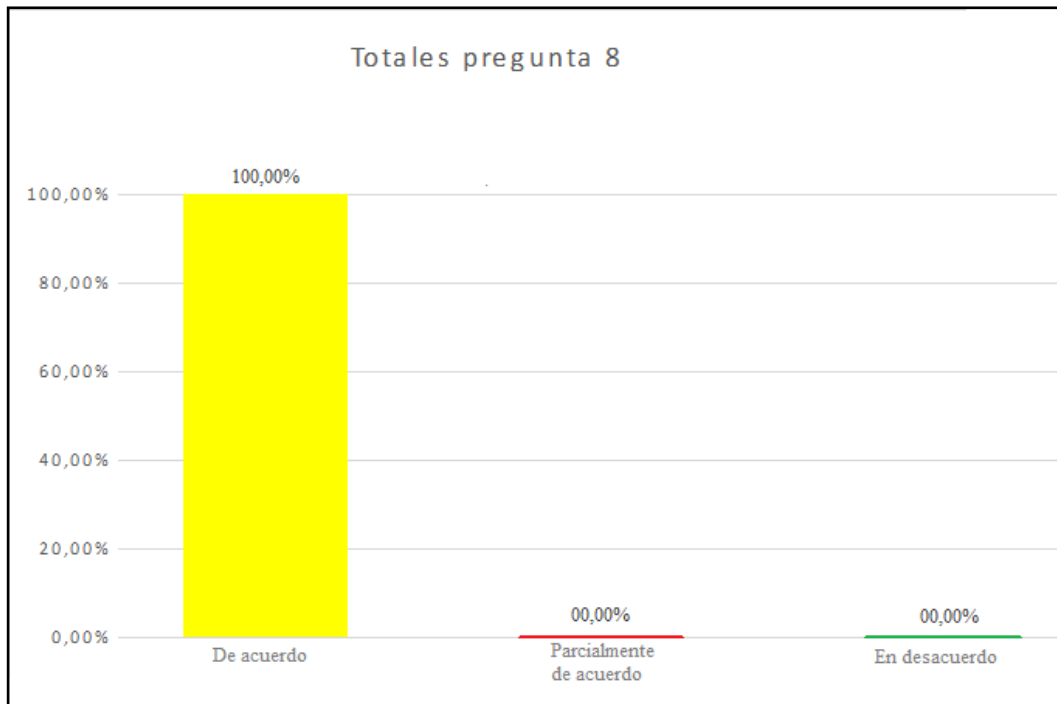


Gráfico 9. Limitación al esfuerzo terapéutico cuando se tratara de sí mismo o de un familiar en estado terminal.

El total de encuestados estuvo de acuerdo con suspender las medidas extraordinarias.

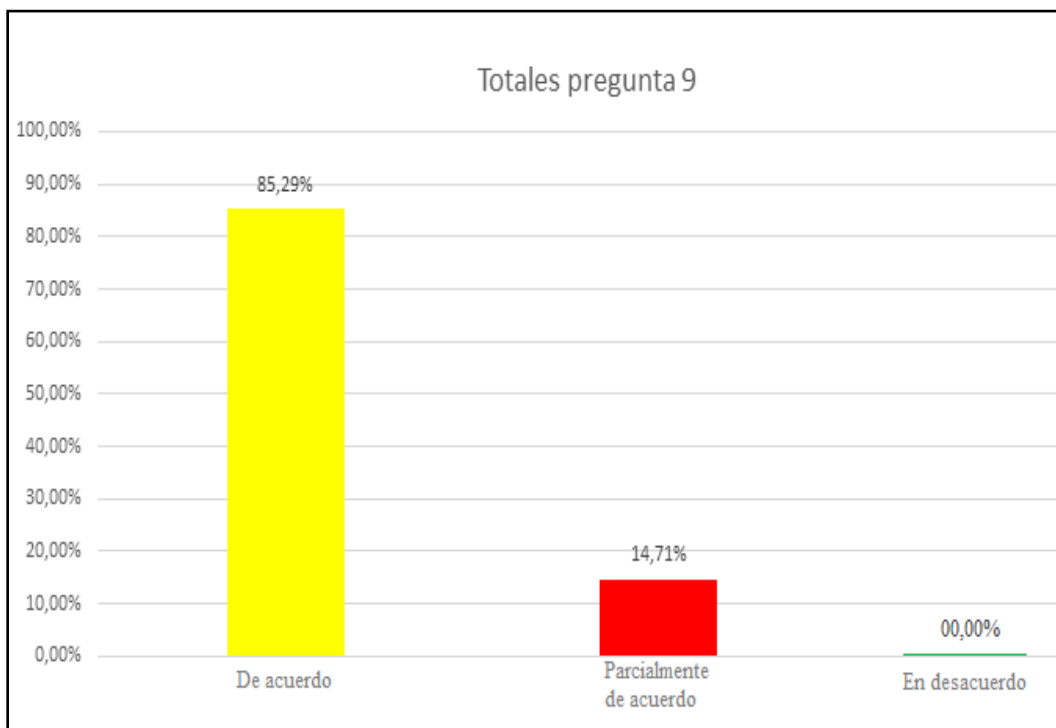


Gráfico 10. Acerca del respaldo de la Ley para el retiro de todas las medidas de soporte vital por voluntad familiar, en caso del paciente en estado vegetativo.

Frente a esta pregunta el 85,29% de los encuestados señaló estar de acuerdo, mientras que el 14,71% está parcialmente de acuerdo y ninguno en desacuerdo.

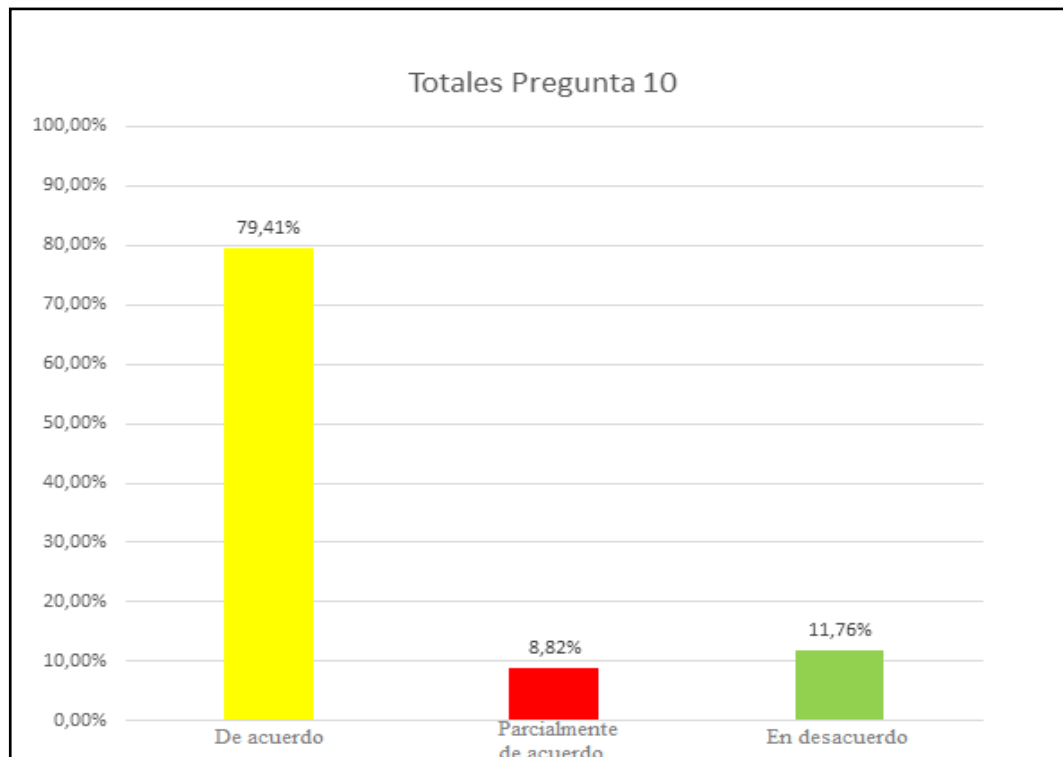


Gráfico 11. Acerca de la necesidad de redacción de voluntades anticipadas.

En esta pregunta se observan los tres tipos de respuestas. El 79,41 % está de acuerdo con que los pacientes redacten voluntades anticipadas. El 11,76 % está en desacuerdo. Solo un 8,82 % se manifestó parcialmente de acuerdo

DISCUSIÓN

La mayoría de los problemas que surgen en el final de la vida contienen o son conflictos de valores (y por lo tanto problemas éticos) entre las diversas partes implicadas en los procesos sanitarios: el paciente, sus familiares y/o representantes, los profesionales sanitarios y la institución en la que se relacionan.

Muchas publicaciones científicas ponen en evidencia los dilemas de los profesionales de las unidades de Terapia Intensiva frente a la terminalidad. Este es el caso de una investigación realizada en Brasil, publicada en la revista de Bioética en el corriente año (vol.27 no.3 Brasilia Julio/Sept. 2019). Allí se relata que los intensivistas para abordar decisiones críticas se basan en valores humanísticos y religiosos, apoyándose más en creencias personales que en principios teóricos, lo que genera inestabilidad emocional e inseguridad con respecto a las conductas. Tales creencias e ideas llevan a los profesionales a vivenciar sentimientos diversos, como miedo, frustración, angustia, inseguridad, felicidad y tristeza. Para evitar estos sentimientos y sensaciones, hay reacciones de distanciamiento y poca participación en situaciones terminales. Los médicos evitan principalmente el contacto con la familia del paciente, que carece de una acogida y de un tratamiento humanizado.

El tratamiento al final de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de sus familiares están lejos de ser adecuados en las Unidad de Terapia Intensiva.

Luego del análisis del estudio realizado se observó que en una gran mayoría los médicos están de acuerdo con la eutanasia activa y pasiva, siempre y cuando así lo solicite el paciente. Serían alternativas que estarían dispuestos a considerar si tuvieran respaldo de la Ley. Ello se ve reflejado en las preguntas 2 y 4. También se mostraron a favor del retiro de medidas de soporte vital por voluntad de la familia, en caso del paciente en estado vegetativo considerado en la pregunta 9.

Acerca de la eutanasia activa solo por decisión médica, hay un alto porcentaje en desacuerdo como lo vemos en la primer pregunta.

Sobre la distanasia, el total de los encuestados se muestra en desacuerdo evidenciado esto en las preguntas 3 y 8.

Se ve expresado en varias de las respuestas el respeto hacia la decisión del paciente como también es tenida muy en cuenta la voluntad de sus familiares. Esto se pone de manifiesto en las preguntas 5, 6, 7 y 8. Consideran también correcto la redacción de Voluntades anticipadas como se documenta en la pregunta 10.

Debemos mencionar que a partir de la sanción "Ley 26742" los pacientes que "padecen una enfermedad irreversible, incurable o terminal o hayan sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación" pueden negarse a recibir procedimientos, cirugías y "medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría". También podrán "rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable".

El tema se problematiza cuando la muerte es una elección y la vida una obligación. Lo discutible es si la sociedad puede obligar a las personas a vivir contra su voluntad.

Se considera oportuno proponer en ámbitos académicos y de formación permanente a los médicos tratantes de las Unidades de Terapia Intensiva la profundización de temas bioéticos y en especial lo relacionado con la Muerte Digna. Todos estos aspectos del final de la vida deberían colocar al profesional de salud en un trabajo de intensa reflexión sobre sus propias creencias.

Es importante un debate a conciencia entre médicos y profesionales de la salud, pero no sólo entre ellos sino por toda la sociedad. La discusión debe partir del hecho de asumir la finitud de la vida humana, entendiendo que el rol del médico, cuando la muerte es inevitable, no es impedirla sino lograr que ella ocurra dignamente.

CONCLUSIÓN

Se observa una gran tendencia de profesionales de acuerdo con la eutanasia activa y pasiva, siempre y cuando así lo solicite el paciente. En contraposición hay un alto porcentaje en contra de la eutanasia activa solo por decisión médica. También se mostraron a favor del retiro de medidas de soporte vital por voluntad de la familia, en caso del paciente en estado vegetativo.

Acerca de la postura sobre distanasia hay desacuerdo por unanimidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gutierrez-Samperio, C. (2001). La Bioética ante la Muerte. Gaceta Médica de México (Vol. 137, nro 3, mayo-junio 2001). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>
2. Patitó, J. A. (2011). Enciclopedia Médico Legal. Vol II. Primera Parte. Capítulo VIII. Buenos Aires, Argentina: Akadia
3. Barrenechea, C. R. (2016). Suicidio Asistido, Eutanasia y Muerte Digna en Argentina Proyecto Ética. Grupo de Investigación, Docencia y Extensión-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de https://proyectoeticablog.files.wordpress.com/2016/03/muerte_digna_barrenechea1.pdf
4. Taboada P. (2000). El Derecho a morir con Dignidad. Acta bioeth. v.6 n.1 Santiago (jun. 2000) Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2000000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Abad, M. (2013) La historia de la muerte. Recuperado de <https://www.yorokobu.es/muerte/>
6. Infoleg. Ley 26.742 (2012) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires Argentina Presidencia de la Nación. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

7. Encinas Guzmán, M. (2009) Estudio antropológico del comportamiento ante la muerte: Humanidad e inhumanidad. Cauriensa, Vol IV 2009. Extremadura. Recuperado de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2300/18864945_4_293.pdf?sequence=1&isAlloved=y
8. La muerte en la Edad Media.(2016) El Arte de los Dioses. Recuperado de <https://elartedelosdioses.weebly.com/hordf-medieval/la-muerte-en-la-edad-media>
9. García Jiménez, L. La muerte desde la mirada de la historia, la literatura y el arte. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo21/21-12.pdf>
10. Saralegui, I. Monzón,J.(2008)Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Revista de Medicina Intensiva Vol 32. No 3. Recuperado de <http://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-tratamiento-al-final-vida-articulo-S0210569108709227>
11. Mengual, F. Torrez Perez, J.Paciente Terminal. Guía de actuación clínica. Valencia. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
12. Estos son los países en los que la eutanasia es legal. (05 de abril de 2019) ABC España Sociedad. Recuperado de https://www.abc.es/sociedad/abci-estos-paises-eutanasia-legal-201904051148_noticia.html
13. La Corte Suprema reconoció el derecho de todo paciente a decidir su muerte digna. (7 de julio de 2015). La Nación Sociedad. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-corte-suprema-reconocio-el-derecho-a-todo-paciente-a-decidir-su-muerte-digna-nid1808423>

14. Muerte en la edad Moderna. (2014). Recuperado de <http://muerteedadmoderna.blogspot.com/>
15. Lamm, E. Directivas Médicas Anticipadas. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-medicas-anticipadas>
16. Garcia Guerra, M. Pinto Contreras, J. (julio-agosto 2011) La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. Revista Médica Electrónica vol.33 no.4. Matanzas. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242011000400008
17. Monti, M. Laureys, O. (07 de julio de 2015). El Estado Vegetativo. Intramed. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=67203>
18. Flichtentrei, D. (07 de julio de 2015) La Corte Suprema reconoció el derecho de todo paciente a decidir su muerte digna. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=87241&pagina=2>
19. Macedo de Sousa, G. Marinalva de Araujo, L. & Carvalho, V. (Julio-Sep 2019) Dilemas de los profesionales de una unidad de terapia intensiva frente a la terminalidad. Revista de Bioética Vol 27 No3. Brasilia. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n3/es_1983-8042-bioet-27-03-0516.pdf

ANEXOS

Se adjuntan:

- Cuestionario entregado a los profesionales médicos.
- Nota de pedido de autorización a los Directores Médicos.
- Ley 26742 del Derecho del paciente (mal llamada de Muerte Digna).

CUESTIONARIO

Edad:

Sexo: F

M

- 1)En el supuesto caso de un paciente cursando una enfermedad en su fase terminal, que de acuerdo con la valoración clínica e índices pronósticos se considere irreversible y se encuentre padeciendo gran sufrimiento...

Basándonos en el supuesto respaldo de la ley: ¿tomaría medidas como realizar un procedimiento o administrar fármacos que supriman la función cardio-respiratoria y encefálica para facilitar la muerte sin dolor?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 2)La ley debería permitir a los profesionales médicos poner fin a la vida y al sufrimiento cuando un paciente padezca una enfermedad terminal y si así lo solicita el mismo?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 3)Intentaría prolongar la vida del paciente por todos los medios a su alcance (aplicar medidas de reanimación y soportes extraordinarios) cuando no existan esperanzas de curación?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 4)Consideraría la práctica de eutanasia pasiva (aquella por la que se precipita la muerte mediante la abstención de efectuar actos médicos necesarios para la continuación de la vida)

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 5) Frente al pedido del paciente, interrumpiría un tratamiento que provoque gran sufrimiento pero que sea necesario para mejorar su calidad de vida? Ejemplo: tratamiento farmacológico para paciente oncológico terminal.

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 6) Consideraría un derecho del paciente decidir la forma y momento de su muerte?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 7) Tendría en cuenta la opinión de la familia del paciente sobre el nivel de medidas de soporte a adoptar frente a una enfermedad terminal?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 8) Si se tratara de un familiar directo suyo o de usted mismo estaría de acuerdo con suspender las medidas extraordinarias en caso de ser un paciente terminal?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 9) Cree que la ley debería autorizar al médico a retirar todas las medidas de soporte vital a un paciente que se encuentre en estado vegetativo y cuando su familia así lo solicite?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

- 10) Calificaría como necesaria la redacción de voluntades anticipadas (documento firmado por el enfermo sobre cuidados y tratamientos cuando no sea capaz de expresarlos por sí mismo debido a su patología) ?

DE ACUERDO

PARCIALMENTE DE ACUERDO

EN DESACUERDO

NOTA DE PEDIDO DE AUTORIZACION A LOS DIRECTORES MEDICOS

Santa Fe.....de 2017

Sr director Médico de.....

Por medio de la presente, solicito autorización para realizar una encuesta escrita a los médicos del Servicio de Terapia Intensiva con la finalidad de realizar mi trabajo final de la Carrera de Especialización de Medicina Legal de la UNL a cargo del Dr Pascual Pimpinella.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, hago propicia la oportunidad para saludarle muy atte.

Glenda Bourquin
Médica
DNI 27320042
Tel: 0342-156983140

SALUD PÚBLICA

Ley 26.742

Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Sancionada: Mayo 9 de 2012

Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° — Modifícase el inciso e) del artículo 2° de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) *Autonomía de la voluntad.* El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

ARTICULO 2° — Modifícase el artículo 5° de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5°: *Definición.* Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

ARTICULO 3º — Modifícase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 4º — Incorpórase en el artículo 7º de la Ley 26.529 el siguiente inciso:

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

ARTICULO 5º — Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: *Revocabilidad*. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 6º — Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 11: *Directivas anticipadas*. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

ARTICULO 7º — Incorpórase como artículo 11 bis de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el siguiente texto:

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

ARTICULO 8º — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

—REGISTRADA BAJO EL N° 26.742 —

AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.